

**ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

	<p><b>ΠΡΟΣ</b>  <b>Υπ. Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης</b>  <b>ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 17, 10187 ΑΘΗΝΑ</b>  <b>Δ/νση Προσωπικού Νομικών Προσώπων</b>  <b>ΤΜΗΜΑ Α΄</b></p>
<p>ΟΝΟΜΑ</p>	
<p>ΕΠΙΘΕΤΟ</p>	<p>Παρακαλώ να με συμπεριλάβετε στον κατάλογο επικουρικών ιατρών για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών, που τηρείται ηλεκτρονικά στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρο 1<sup>ο</sup> του Π.Δ.131 (ΦΕΚ 73<sup>Α</sup>/87, άρθρο 11 παρ. 22 του ν.2889/01, άρθρο 15 παρ. 2 του Ν. 2920/01, άρθρο 45 παρ. 2 ν. 3205/03 άρθρο 10 παρ. 1 του ν.3329/05, άρθρο 2 παρ. 2 του ν.3868/10)</p>
<p>ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ</p>	
<p>ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ</p>	
<p>ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ</p>	
<p>ΑΔΤ ή ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ</p>	
<p>ΑΦΜ</p>	<p>Δεσμεύομαι να απασχοληθώ για χρονικό διάστημα 12 μηνών με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση για την τρέχουσα περίοδο του έτους.</p>
<p>ΔΟΥ</p>	
<p>ΚΑΤΟΙΚΟΣ</p>	
<p>ΟΔΟΣ- ΑΡΙΘΜΟΣ</p>	
<p>ΤΚ</p>	<p><b>ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ ΔΕΝ ΚΑΤΕΧΩ ΑΛΛΗ ΕΜΜΙΣΘΗ Ή ΑΜΙΣΘΗ ΘΕΣΗ ΟΠΟΥΔΗΠΟΤΕ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΡΑΙΤΗΘΕΙ ΑΠΟ ΘΕΣΗ ΚΛΑΔΟΥ ΙΑΤΡΩΝ Ε.Σ.Υ.</b></p>
<p>ΤΗΛ</p>	
<p>ΚΙΝ. ΤΗΛ.</p>	
<p>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</p>	
<p></p>	
<p>ΗΜ/ΝΙΑ ΚΤΗΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ:</p>	
<p>(Για τους οδοντίατρους ημερομηνία απόκτησης πτυχίου)</p>	
<p>Εάν πρόκειται για αλλοδαπό τίτλο πτυχίου οδοντίατρου, αναγνώριση ΔΟΑΤΑΠ</p>	<p><b>Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:</b></p>
<p></p>	<p>1. Επικυρωμένη φωτοτυπία της ταυτότητας ή του διαβατηρίου από το οποίο θα προκύπτει ότι ο κάτοχος είναι Έλληνας πολίτης ή πολίτης χώρας κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης. <input type="checkbox"/></p>
<p></p>	<p>2. Βεβαίωση γνώσης της Ελληνικής γλώσσας. <input type="checkbox"/></p>
<p></p>	<p>3.Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του τίτλου ειδικότητας. Για τους οδοντίατρους επικυρωμένο φωτοαντίγραφο πτυχίου ή αναγνώρισης ΔΟΑΤΑΠ. <input type="checkbox"/></p>
<p></p>	<p>4.Πρωτότυπη βεβαίωση εγγραφής σε ιατρικό σύλλογο που η έκδοσή της να μην υπερβαίνει τις 60 (εξήντα) ημέρες από την κατάθεσή της στην Υπηρεσία μας και από την οποία να προκύπτει η ασκούμενη ειδικότητα. <input type="checkbox"/></p>
<p></p>	<p>5. Βεβαιώσεις προϋπηρεσίας ως επικουρικός ιατρός <input type="checkbox"/></p>
<p></p>	<p>6.Υπεύθυνη Δήλωση (άρθρο 8 Ν.1599/1986) του αιτούντος, στην οποία θα δηλώνει ότι δεν έχει αποποιηθεί θέση ΕΣΥ ή παραιτηθεί από θέση γιατρού ΕΣΥ. Επίσης δεν έχει παραιτηθεί ή αποποιηθεί την επιλογή του σε θέση επικουρικού γιατρού. <input type="checkbox"/></p>
<p></p>	
<p></p>	
<p></p>	
<p>Έχετε προσληφθεί παλαιότερα ως επικουρικός;</p>	
<p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>	
<p>Εάν ναι και δεν έχετε παραιτηθεί δηλώστε το:</p>	
<p>1. Νοσοκομείο.....από.....ως.....</p>	
<p>2. Νοσοκομείο.....από.....ως.....</p>	
<p>3. Νοσοκομείο.....από.....ως.....</p>	
<p>Εάν ναι και έχετε παραιτηθεί δηλώστε το:</p>	
<p>α)</p>	
<p>β)</p>	
<p>γ)</p>	
<p></p>	<p align="right">... ΔΗΛ .....</p>